

WNIOSEK
O WYRÓŻNIENIE WYDZIAŁU NAUK MEDYCZNYCH PAN
Laur Medyczny im. Dr Wacława Mayzla
(APPLICATION FOR THE DISTINCTION OF THE FACULTY OF MEDICAL SCIENCES OF THE POLISH ACADEMY OF
SCIENCES
Dr Wacław Mayzel Medical Laurel)

1. WNIOSKODAWCA (INSTITUTION APPLYING) (wg Regulaminu) (in accordance with regulations)

.....

Adres: (address)

e-mail: (e-mail address)

Telefon: (phone no.)

2. PROPONOWANY KANDYDAT DO WYRÓŻNIENIA (candidate proposed)

Imię i nazwisko: (name and surname)

Data urodzenia: (date of birth)

Student/ka uczelni: (name of the University)

Wydział, rok studiów: (faculty, year of study)

Adres: (address).....

e-mail: (e-mail address)

Telefon: (phone no.)

3. TYTUŁ PUBLIKACJI (TITLE OF THE PUBLICATION) (with full bibliographical information, i.e. title of the journal, publisher, year of publication, number of pages)

.....
.....

4. DYSCYPLINA (discipline)

.....

5. CZY PRACA BYŁA JUŻ NAGRADZANA (Was the work previously awarded?)

TAK (yes) **NIE** (no) (niepotrzebne skreślić) (delete as appropriate)

Jeśli tak to przez kogo i kiedy: (If yes – by whom and when?)

.....

.....

6. UZASADNIENIE MERYTORYCZNE (substantive justification) (highlighting the Candidate's contribution to the work).

.....
.....

Data: (date)

.....
Podpis wnioskodawcy (signature – institution applying)

**Uwaga: do wniosku powinny być załączone wszystkie załączniki wymienione
w pkt. 3 Regulaminu przyznawania Lauru Medycznego im. Dr Wacława Mayzla**

**Please note that the application should be accompanied by all the annexes listed
in sec. 3 of the Regulations for Awarding the Dr. Wacław Mayzel Medical Laurel**